

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSÍQUICA “DR. ALBERTO MARTÍNEZ VISCA”

Ud. debe completar toda la información que se solicita en esta ficha. Aquella información que no sea consignada será informada como sin dato. Se debe adjuntar fotocopia de Cedula de Identidad.					N° de referencia :						
					Fecha :		DD MM AA				
					Fecha entrega :		DD MM AA				
Nombre y Apellido:											
CI:					Fecha de nacimiento:		DD/MM/AAAA				
Dirección:					Tel. part.:						
Celular:					E-mail:						
Familiar/referente de contacto:					Celular:						
Diagnóstico CIE10F:					¿Asiste a otro centro?		SI		NO		
					¿Cuál?						
Equipo derivante:					Institución derivante:						
Médico Psiquiatra tratante:					Prestador de salud:						
Posee Emergencia móvil:		SI		NO		¿Cuál?					
Posee Pensión de BPS:		SI		NO		Posee Jubilación por incapacidad		SI		NO	
Resumen clínico:											
Tratamiento:											
Objetivos para derivar a este Centro:											
Agradecemos completar:											
Firma:					Cargo:						
Aclaración					N° CJPPU:						
Dirección:					Tel./Cel.:						
E-mail:					Institución:						
ATENCIÓN: Este formulario puede entregarse, con copia de CI, en Cubo del Norte 3717, de lunes a viernes en el horario de 8 a 16hs., o enviarse escaneado vía mail a: direcciontecnica@centromartinezvisca.org.uy Tels.: 2336.32.75/2336.32.49 int. 203 / 092.300.455											